

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 45

LES

KYSTES JUXTA-COLIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 décembre 1931

PAR

Jean-Eugène MARTY

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

INTERNE DES HÔPITAUX

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

Né à AULNAY-DE-SAINTONGE (Charente-Inf^{re}), le 12 septembre 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur	Président.
		DUVERGEY, professeur	Juges.
		PAPIN, agrégé	
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548422_0033

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 45

LES

KYSTES JUXTA-COLIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 décembre 1931

PAR

Jean-Eugène MARTY

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

INTERNE DES HÔPITAUX

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

Né à AULNAY-DE-SAINTONGE (Charente-Inf^{re}), le 12 septembre 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOIN, professeur	Président.
		DUVERGEY, professeur	Juges.
		PAPIN, agrégé	
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidenté du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRERE

A MON ONCLE

A MES BEAUX-PARENTS

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX.

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DAMADE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVERGEY,
MONSIEUR LE PROFESSEUR ABADIE,
MONSIEUR LE DOCTEUR LEFÈVRE.

INTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉGOUIN,
MONSIEUR LE DOCTEUR RABÈRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUBAT.

A MES CAMARADES DE L'EXTERNAT
ET DE L'INTERNAT

A MES CAMARADES DE LA MARINE ET DES TROUPES
COLONIALES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR V. PACHON

*Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Associé national de l'Académie de Médecine,
Membre Associé de la Société de Biologie,
Membre Associé de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGÈRE,

*Ancien directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN,

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BEGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Vous m'avez accueilli avec la plus grande bienveillance. Vous vous êtes efforcé de m'inculquer vos qualités d'ordre et de précision tout en me prodiguant votre enseignement si clair et si attrayant.

Vous m'avez donné le sujet de cette thèse et vous me faites le grand honneur d'en présider la soutenance.

Je vous prie de croire à ma respectueuse et vive reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Arrivé à cette étape que constitue au cours des études médicales la soutenance d'une thèse, nous ne voulons pas manquer de remercier ceux qui nous ont permis d'y atteindre.

C'est à l'Ecole de médecine et dans les Hôpitaux de Limoges que les premiers éléments nous furent largement distribués. Que tous nos Maîtres de cette époque trouvent ici l'expression de notre vive reconnaissance, et en particulier MM. les Docteurs Bourguignon, Raymond et Bazert.

Puis à Bordeaux, comme externe, nous avons pu suivre l'enseignement de M. le Professeur agrégé Damade, remplaçant M. le Professeur Le Dantec; de M. le Professeur Duvergey, de M. le Professeur Abadie; de M. le Docteur Lefèvre. Nous n'avons certainement pas retiré tout le profit qu'on serait en droit d'attendre de telles leçons, mais nous ne saurons jamais assez marquer notre profonde gratitude à ceux qui nous les prodiguèrent.

Comme interne nous eûmes le privilège de faire notre première année dans le service de M. le Professeur Bégouin. Nous avons été séduit par la clarté de son enseignement. La bienveillance qu'il ne cesse de manifester même au plus indigne de ses élèves a fini de nous attacher profondément à lui.

Le stage que nous fîmes chez M. le Docteur Rabère, et que les circonstances ne nous ont pas permis de renouveler, nous a montré les qualités inappréciables qu'il cache sous sa bonne humeur et sa verve ironique.

C'est dans le service de M. le Professeur agrégé Loubat que nous avons fait notre dernier semestre d'internat; l'ampleur

et la précision de ses connaissances, la souriante amabilité qu'il réserve à ses collaborateurs, nous font davantage regretter d'être obligé d'abandonner si tôt l'internat.

Nous ne voudrions pas terminer sans remercier également MM. les Docteurs Chenut, Lafargue, Villar (Jean), chirurgiens des hôpitaux, qui nous aidèrent tant au cours de nos études, ainsi que ceux qui si souvent surent joindre aux manifestations de leur amitié des conseils si judicieux, et parmi lesquels surtout MM. les Docteurs Laubie, Magendie, Guérin, Broustet et Dubourg.

Que tous, Maîtres directs ou indirects, reçoivent ici l'expression de notre respectueuse et profonde gratitude. Car si, dans le courant de notre existence professionnelle, il nous est donné de faire quelque bien, c'est avec la plus grande reconnaissance que nous leur en rapporterons tout le mérite.

LES KYSTES JUXTA-COLIQUES

INTRODUCTION

C'est à la suite d'un cas dont nous relaterons l'observation que M. le Professeur Bégouin nous a donné l'idée d'étudier les formations kystiques juxta-coliques.

On trouve, en effet, quoique d'une façon peu fréquente, des kystes dont le principal caractère est d'être en rapport intime de contiguïté avec les côlons.

Et cette situation, lorsqu'elle se présente, est, en général, signalée dans les observations, car elle peut provoquer quelque difficulté opératoire. Aussi avons-nous pu en recueillir plusieurs cas tout à fait démonstratifs également dans la littérature française et étrangère.

A vrai dire, ces observations ne sont pas citées avec le titre que nous leur donnons : kystes rétro-péritonéaux, kystes wolffiens, sont les principales rubriques sous lesquelles on les rencontre. Nous dirons pourquoi, bien que ces termes soient également applicables à nos cas, nous leur avons préféré celui de juxta-colique.

Nous tenons d'ailleurs à préciser dès maintenant que seuls les kystes auxquels leur situation juxta-colique donne un caractère bien précis nous retiendront. Nous en éliminerons les formations qui ont un autre caractère prédominant et pour

lesquels la situation juxta-colique est tout à fait accessoire. Par exemple, les kystes inclus du ligament large qui, secondairement, arrivent au contact du côlon; les productions qui peuvent être kystiques, que Jayle a décrites sous le nom de solénome, ne seront pas étudiés ici. Les premiers appartiennent au petit bassin avant d'être juxta-coliques, leur étude a d'ailleurs été faite dans différents ouvrages : les thèses de Borel, de Martin, en particulier. Les secondes sont intrapariétales et appartiennent à l'intestin lui-même, Jayle les a étudiées dans différentes publications. De même ne nous arrêterons-nous pas aux kystes paranéphrétiques qui peuvent être accessoirement juxta-coliques; tout ce qui les concerne se trouve dans le Rapport de Thévenot au Congrès de chirurgie en 1919.

Nous n'engloberons donc dans cette étude que les kystes développés derrière le péritoine postérieur, qui se mettent de suite en rapport intime avec les côlons, et dont cette situation est le caractère dominant. Il nous semble, en effet, que cette position leur confère une caractéristique bien particulière qui peut permettre d'en faire le diagnostic et qui oblige à diriger leur exérèse d'une certaine façon. Lecène, en présentant à la Société de chirurgie l'observation de Desplas que nous reproduisons, disait déjà que la situation de ces kystes par rapport au côlon était un rapport anatomique essentiel. Aussi nous paraît-il juste de réunir dans un même cadre toutes les formations kystiques qui sont en rapport intime avec les côlons. Et c'est pour bien préciser ce caractère, sans préjuger de leur nature, que nous leur donnons l'épithète de juxta-coliques.

Nous exposerons d'abord les observations; puis nous ferons l'étude anatomique et histologique de ces kystes, nous essayerons d'en définir la pathogénie; enfin, nous en ferons l'étude clinique et le traitement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉGOUIN.)

Il s'agit d'une femme de 52 ans qui vient consulter pour une petite tumeur abdominale, au mois de mai 1931.

En 1927, son médecin a déjà constaté la présence d'une petite tuméfaction indolore dans la fosse iliaque gauche.

Jusqu'à il y a quatre mois, elle n'a jamais provoqué ni douleur ni trouble intestinal. Mais depuis cette époque, la malade constipée est obligée de prendre des laxatifs.

Au mois d'avril 1931, une radiographie montre que la tumeur n'est pas d'origine intestinale.

Examen au mois de mai : Chez cette femme dont l'état général est excellent, on constate à la partie supérieure de la fosse iliaque gauche une masse allongée, du volume d'un pain de deux sous, dure, peu mobile, ressemblant à un fibrome, siégeant sur le côté externe du côlon gauche, qui est indolent.

La malade est toujours en constipation, sans crises très marquées.

L'examen génital montre la présence d'un petit fibrome utérin.

Le diagnostic porté est celui de fibrome ou fibro-sarcome, juxta-intestinal entre l'intestin et la crête iliaque, de 10 centimètres de long.

Intervention (Prof. Bégouin) sous anesthésie générale, après scopalamine-morphine.

Incision verticale de 14 centimètres, en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, qui correspond aux trois quarts supérieurs de l'incision, suivant le grand axe de la tumeur.

Le péritoine ouvert, on constate qu'il s'agit d'une tumeur rétro-péritonéale, accolée au côlon descendant, qui la croise en écharpe; c'est une tumeur liquide, constatation qui avait d'ailleurs été faite après l'anesthésie.

On incise le péritoine postérieur à 1 centimètre en dehors du côlon. On décolle facilement le kyste de l'intestin et du plan postérieur, là quelques tractus le retiennent aux vaisseaux spermatiques et à l'uretère.

On enlève le kyste sans rupture. Hémostase soignée. Fermeture du péritoine postérieur sans drainage. Fermeture de la paroi antérieure à l'ordinaire. Le fibrome utérin, gros comme le poing et sans complications, est, comme il était convenu d'avance, laissé en place.

Suites normales. Guérison.

L'opérée est revue en parfait état au mois de juillet suivant.

Examen du kyste : Le kyste enlevé pesait 290 grammes, mesurait 11 centimètres dans un sens et 7 cm. 5 dans l'autre.

Il était multiloculaire, un peu bosselé, d'aspect blanc bleuté, avec plaques jaunâtres. La poche était épaissie en un point qui formait une masse blanchâtre, anfractueuse, creusée de cavités, comme un kyste mucoïde de l'ovaire.

Le liquide, épais, filant, opalescent, a donné à l'examen chimique (pour 1 litre) :

Urée, 1,50;
Chlorures, 7,50;
Mucine, présence.

Examen histologique (Professeur Sabrazès) : Kyste multiloculaire à grandes cellules du type mucipare, non ciliées.

La paroi n'a pas le type intestinal.

Revêtement uniforme à cellules hautes. Unistratification. Lacs mucoïdes. Cela ressemble un peu à un kyste prolifère.

En un point, il existe une sorte de métaplasie pavimenteuse.

OBSERVATION II (Résumée).

(DESPLAS, Soc. de chir., 15 févr. 1922.)

Mme G..., 47 ans, entre en mars 1921 dans le service du Professeur Gosset.

Antécédents : A subi, en 1912, une hystérectomie subtotale pour fibrome et salpingite bilatérale.

Depuis 1919, elle est atteinte de constipation opiniâtre; en 1920, elle constate la présence d'une tumeur indolore dans la fosse iliaque droite.

En 1921, apparaissent des crises de diarrhée brusques, consécutives à des coliques, avec bruits intestinaux.

Aucun autre trouble à signaler; état général excellent.

Examen : Masse rénitente, tendue, kystique, dans la fosse iliaque droite, en dedans du cadre colique, remontant jusqu'à la fosse lombaire, descendant vers la cavité pelvienne. Elle est indépendante des mouvements respiratoires, sa mobilisation est très limitée.

Le toucher recto-vaginal ne permet pas d'atteindre la tumeur.

Rien à signaler du côté des autres organes.

Diagnostic : Tumeur kystique de la fosse lombaire et de la fosse iliaque; peut-être kyste sous-péritonéal.

Intervention le 4 avril 1921. Anesthésie rachidienne. Incision médiane dans la cicatrice.

On trouve une tumeur kystique, du volume d'une tête d'enfant, à gauche du cæcum et du côlon ascendant. Elle est rétropéritonéale, entre l'ascendant, qui est à sa droite, et le mésentère, qui est à sa gauche; sa partie supérieure est en rapport avec le duodénum, sa partie inférieure surmonte le détroit supérieur.

Incision du péritoine dans une zone avasculaire du mésocôlon.

On constate alors que l'uretère passe en avant du kyste. Celui-ci menaçant de se rompre, on le ponctionne : il s'écoule 600 grammes de liquide opalin, verdâtre, fluide, sans grumeaux.

Séparation des veines cave inférieure et iliaque primitive droite qui adhèrent au kyste.

Reconstitution du péritoine sans drainage. Suites normales; quelques douleurs lombaires passagères.

La malade est revue en novembre 1921 en excellent état.

Examen de la pièce : c'est un kyste uniloculaire; la paroi est mince, blanchâtre, plus épaisse par endroits; il n'y a pas de végétations à l'intérieur.

Examen histologique (D^r Macrou) : La partie externe de la poche est formée par du tissu fibreux dense; on y voit également des faisceaux musculaires lisses; quelques foyers hémorragiques; capillaires dilatés.

L'épithélium manque à peu près partout; où il existe, il est constitué par une rangée de cellules cylindriques basses.

Examen chimique (par litre) (D^r Mestrezat) :

Matières fixes à 100 degrés, 42,50;

NaCl, 6,52;

Albumine, 31,50.

OBSERVATION III (Résumée).

(LAPORTE, Soc. de chir., 30 avril et 14 mai 1919.)

Il s'agit d'une femme de 34 ans ayant subi à 24 ans une hystérectomie subtotale pour lésions annexielles.

L'examen montrait la présence d'un kyste, situé dans la fosse iliaque et la région lombaire droites.

Le diagnostic porté fut : hydronéphrose.

Intervention par voie lombaire : le kyste, du volume d'une tête de nouveau-né, est adhérent au cæco-côlon ascendant. Au cours de sa décortication, le péritoine est ouvert.

Examen du kyste : Il est multilobé, uniloculaire, à paroi transparente.

Microscopiquement (Lecène) : Epithélium cubique à noyaux peu colorés, à protoplasma se colorant fortement par l'éosine.

L'aspect de cet épithélium rappelle tout à fait celui des glomérules ou des canaux wolffiens tels qu'on les observe au niveau de l'époophore ou parovaire.

OBSERVATION IV (Résumée).

(LAPOINTE, Soc. de chir., 1^{er} mars 1922.)

Mme T..., 43 ans, entre dans le service le 30 novembre 1917.

Elle présente un abdomen distendu par un kyste plus gros qu'une tête d'adulte, emplissant tout le flanc gauche, débordant la ligne médiane et dépassant largement l'ombilic.

La moitié droite du petit bassin contient un autre kyste collé au bord droit de l'utérus, qu'il repousse en haut et à gauche.

Aucun trouble, simple gêne due à la distension.

Diagnostic : Gros kyste de l'ovaire gauche; kyste de l'ovaire droit inclus dans le ligament large.

Intervention le 8 décembre 1917. Les kystes sont indépendants des ovaires et rétropéritonéaux. Le kyste gauche est encadré par le côlon descendant.

Incision dans le mésocôlon.

L'uretère est en arrière du kyste qui adhère à l'aorte. L'hémotase étant imparfaite, on tamponne la cavité formée par l'ablation du kyste abdominal.

Ablation du kyste intrapelvien.

Suites : fistule stercorale après l'ablation du tamponnement.

Le kyste abdominal était uniloculaire, contenant un liquide clair, blanchâtre, grumeleux.

L'examen histologique n'a pu être pratiqué. Mais Lapointe pense que ce kyste était d'origine wolffienne comme dans sa première observation.

OBSERVATION V.

(BASSINI [Résumée par LIEBMANN, de Trieste], in *Centr. für. Gyn.*, 1889, n° 36.)

Il s'agissait d'une tumeur abdominale, fluctuante, apparue trois ans auparavant et grossissant de façon ininterrompue.

La laparotomie permit de constater que l'utérus et les ovaires étaient sains.

La tumeur fut décortiquée, sans ponction, du mésocôlon; elle remontait jusqu'au rein gauche, qui paraissait sain. De nombreuses ligatures furent posées. Guérison.

Le kyste contenait un liquide brun verdâtre. A l'examen microscopique, il donnait l'apparence d'un « kyste ovarique ». Poids, 1.100 grammes.

OBSERVATION VI (Résumée).

(HEURTAUX, *Gaz. des hôp. de Paris*, 20 août 1889.)

Chez une femme de 25 ans sans antécédents particuliers, le ventre augmentait de volume depuis deux ans. Il n'y avait que de légers troubles de règles.

L'examen montrait une tumeur située dans le flanc droit, multilobée, molle, fluctuante, indolore.

Elle correspondait à une matité qui était bridée par une bande sonore sur son flanc gauche.

Au toucher vaginal : utérus mobile, un peu gros.

Intervention : incision médiane.

Le kyste est sous-péritonéal, avec le côlon ascendant, le cæcum et l'appendice étalés sur son flanc gauche. En haut, il remonte jusqu'au foie. En bas, le ligament large est attiré, mais non déplissé. A droite, il correspond à la partie moyenne du flanc. A gauche, il dépasse la colonne vertébrale.

On procède à la ponction du kyste, puis à sa décortication, après incision du péritoine à quelques centimètres en dehors du côlon.

La dissection est difficile; on dénude la veine cave sur une longueur de 4 à 5 centimètres.

L'hémostase n'étant pas parfaite, on place deux gros drains dans la cavité laissée par le kyste.

Guérison.

Le liquide retiré était visqueux, brun chocolat.

L'examen histologique n'a pas été pratiqué.

OBSERVATION VII (Résumée).

(FRANK, *Wiener Klin. Wochenschr.*, 1894.)

Une femme de 37 ans, sans antécédents à retenir, voit en quelques années son ventre augmenter de volume et ressent quelques douleurs dans la région lombaire droite.

L'examen montre chez une femme en bon état général une tumeur bosselée, fluctuante, emplissant la partie droite de l'abdomen.

Intervention : On trouve les annexes normales, sans aucun rapport avec la tumeur.

Celle-ci, rétropéritonéale, est recouverte par le côlon ascendant et le cæcum, auxquels elle est fortement accolée. Extirpation.

Guérison.

Le kyste, qui contenait 10 litres de liquide, avait une surface lisse, avec bosselures externes, correspondant à des cavités du côté interne.

Examen microscopique (Chiari) : La paroi est constituée par une couche externe de tissu conjonctif lâche et une assise d'épithélium cylindrique.

OBSERVATION VIII (Résumée).

(ROSENSTEIN, *Inaug. Diss. Königsberg*, 1898.)

Il s'agit d'une femme de 37 ans sans antécédents à retenir, qui voit pendant quelques semaines la partie droite de son ventre grossir progressivement. Le volume atteint ainsi celui d'un œuf d'oie. Aucun trouble, aucune douleur ne se manifestent.

A la palpation, on reconnaît une tumeur kystique, lisse, remontant jusqu'à l'arc costal droit.

Au toucher vaginal, on ne trouve aucune relation entre le kyste et l'appareil génital.

Après laparotomie, on constate que les annexes sont normales. La tumeur est rétropéritonéale, grosse comme le poing; elle est en rapport intime avec le cæcum et l'appendice; l'uretère est situé en arrière.

Extirpation. Guérison.

A l'examen microscopique, la paroi est recouverte d'un épithélium cylindrique haut, en grande partie en dégénérescence colloïde, avec de nombreuses cellules caliciformes. Par endroit, cet épithélium s'enfonce en doigt de gant, ou produit comme de petites végétations. La partie externe est formée de tissu conjonctif lâche, riche en cellules.

RAPPORTS ANATOMIQUES

Dans nos différentes observations, nous avons vu mentionner, dès le début des protocoles opératoires, les principales caractéristiques des kystes qui ont été enlevés. Et cette situation présente, à notre avis, la plus grande importance, au moins au point de vue chirurgical, aussi allons-nous l'étudier avec quelques détails.

Ce qui apparaît dès l'ouverture du péritoine antérieur, c'est que ces kystes sont :

RÉTROPÉRITONÉAUX. — Ils bombent en effet, soit sous le mésocôlon, soit sous le péritoine, immédiatement en dehors de l'intestin. Car ils ne sont pas toujours en rapport avec la même portion du péritoine postérieur, et ce rapport est étroitement lié aux *rapports avec le côlon*.

RAPPORTS AVEC LE CÔLON. — Pour ceux-ci, nous n'envisageons pas successivement le côté droit et le côté gauche, car les choses se passent de la même manière, qu'il s'agisse du côlon ascendant ou du côlon descendant.

Notons qu'aucun des côtés n'a le monopole des kystes juxta-coliques (nous en avons dans nos observations 5 à droite, 3 à gauche); et, de plus, qu'ils se sont montrés unilatéraux jusqu'à maintenant.

Certaines observations donnent des renseignements très précis sur les positions respectives des côlons et du kyste (obs. I, II, IV, VI et VII), car, bien que leurs rapports soient toujours intimes, trois positions peuvent se rencontrer :

1° *Le kyste est recouvert par l'intestin*. — Cette situation se retrouve dans les observations I et VII. Dans l'une, le descendant croise le kyste en écharpe; dans l'autre; l'ascendant et

le cæcum sont étalés à sa surface. Dans ce cas, si le volume du kyste est assez considérable, une partie de la tumeur est recouverte par le mésocôlon, l'autre par le péritoine qui remonte sur les parois latérales.

2° *Le kyste est en dedans de l'intestin.* — Celui-ci est plus ou moins refoulé vers la paroi latérale (obs. II, IV et V).

Le kyste est alors entièrement recouvert par le méso. Cette situation peut être la cause d'ennuis opératoires, car il est tentant de pratiquer l'ablation de la tumeur à travers le méso. Nous verrons, au moment du traitement, que cette manœuvre doit être proscrite.

3° *Le kyste est en dehors de l'intestin.* — Ce dernier est alors reporté plus ou moins vers la ligne médiane, et laisse le kyste se mettre en rapport avec la paroi latérale (obs. VI). Dans ce cas, le péritoine peut être suffisamment refoulé pour que l'exérèse puisse se faire en passant en dehors de lui.

Quelle que soit la position que l'on rencontre, il existe toujours, entre le kyste et l'intestin, du tissu cellulaire lâche formant un plan de clivage facile, et la blessure de l'intestin ne s'est jamais produite.

RAPPORTS AVEC L'URETÈRE. — La situation de l'uretère n'est pas possible à préciser. Si, dans la plupart des cas, il reste à sa place, ne risquant guère d'être lésé au cours d'une opération prudente, il n'en est pas toujours ainsi. Dans l'observation de Desplas (Obs. II), l'uretère se trouvait en avant du kyste; c'est dans cette position, alors qu'on ne pense pas à sa présence, qu'on risquerait surtout de le blesser.

Qu'il soit en avant ou en arrière, sa libération est toujours possible, et aucune communication n'existe entre le kyste et l'uretère, contrairement à ce qui peut se produire pour certains kystes paranéphrétiques.

Ces rapports avec l'uretère sont plus ou moins étendus, suivant le volume et la situation du kyste qui peut parfois arriver presque au contact du pôle inférieur du rein, mais les relations avec ce dernier organe sont toujours assez éloignées.

RAPPORTS AVEC LES GROS VAISSEAUX. — Certains kystes juxta-coliques sont d'une exérèse difficile, car ils adhèrent assez intimement aux gros vaisseaux : aorte (obs. IV), veine cave inférieure (obs. II et VI), vaisseaux iliaques primitifs (obs. II). Les adhérences n'ont jamais été serrées au point de provoquer l'ouverture des vaisseaux.

RAPPORTS AVEC LES AUTRES ORGANES RÉTROPÉRITONÉAUX. — Il est évident qu'outre ces rapports les kystes juxta-coliques peuvent entrer en relations avec le duodénopancréas à droite, la queue du pancréas à gauche, la loge rénale d'un côté ou de l'autre, si leur volume est assez considérable. Mais ces relations ne sont jamais qu'éloignées et ne constituent pas de gêne au cours des interventions.

ASPECT MACROSCOPIQUE

Le *volume* est très variable; dans nos observations, les dimensions extrêmes sont la grosseur d'un poing et celle d'une tête d'adulte.

La *paroi extérieure* est lisse, plus ou moins bosselée, de coloration blanchâtre ou un peu bleutée. Elle est en général mince, parfois transparente, mais résistante; elle est peu vascularisée. Dans certains cas (obs. I et II), elle présente des plaques jaunâtres et des épaissements.

Vus de l'*intérieur*, ces kystes sont soit uniloculaires, soit pauciloculaires; ils peuvent présenter des anfractuosités, mais on n'y trouve pas de végétations.

Le *liquide* est sous tension variable telle, quelquefois, qu'on a la sensation d'une tumeur solide.

C'est tantôt un liquide fluide, clair, blanchâtre (obs. IV) ou légèrement opalin, verdâtre (obs. II), tantôt un liquide épais, filant, soit à peine opalescent (obs. I), soit brun verdâtre (obs. V) ou brun chocolat (obs. VI).

Lorsque l'analyse en a été pratiquée (obs. I et II), elle a montré qu'il contenait, outre de l'albumine et de la mucine, du chlorure de sodium et de l'urée.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Il a été pratiqué six fois sur huit (obs. I, II, III, V, VII et VIII). Mais dans un de ces cas nous n'avons guère de renseignements, puisque le seul résultat publié est : kyste ovarique (obs. V).

Nous ne ferons donc état que des cinq examens microscopiques suivants :

Observation I : Une seule rangée de cellules hautes;

Observation II : Une rangée de cellules cylindriques basses;

Observation III : Une rangée d'épithélium cubique;

Observation VII : Une rangée d'épithélium cylindrique;

Observation VIII : Une rangée d'épithélium cylindrique.

Nous voyons donc que, quoique présenté sous des termes différents, l'épithélium rencontré est toujours le même.

Notons d'ailleurs que, le plus souvent, la majeure partie de ce revêtement est en dégénérescence ou même qu'il n'existe que sur une petite portion de la surface du kyste.

Si nous prenons en considération l'opinion de Lapointe, qui pense que son second cas était de même nature que le premier, si nous considérons que le kyste prolifère de l'ovaire donne la même figure microscopique que celle que nous avons décrite (c'est sans doute cette ressemblance qui fit résumer par « kyste ovarique » le cas de Bassini), nous pouvons dire que, toutes les fois où l'examen histologique fut pratiqué, c'est le même épithélium que l'on a rencontré.

Nous allons voir maintenant que cette configuration microscopique est un point essentiel pour juger de la nature des kystes juxta-coliques.

PATHOGENIE

Les examens histologiques que nous avons reproduits vont nous permettre de fixer avec certitude l'origine des kystes juxta-coliques.

La présence constante de paroi propre épithéliale élimine l'hypothèse de faux kystes sanguins, principalement dans les cas où du liquide brun, visqueux, se trouvait à l'intérieur. Dans l'observation VI, où il n'y eut pas d'examen histologique, nous pouvons aussi rejeter cette hypothèse, car il n'y avait eu aucun traumatisme antérieur et le kyste s'était développé progressivement.

Les kystes n'avaient aucunement les caractères de productions hydatiques ou dermoïdes, d'ailleurs excessivement rares en cette région.

Quels sont donc les épithéliums ou les endothéliums qui peuvent à ce niveau donner naissance à des kystes ?

Le corps de Wolff est, en date, le premier organe qui puisse être en cause.

Il constitue tout d'abord le pronéphros : il est représenté alors par quelques canalicules ciliés, au nombre de 4 à 5, qui s'ouvrent dans la cavité coelomique d'une part, et d'autre part dans le canal longitudinal allant du cœur en avant au cloaque en arrière, canal de Wolff. La disparition des canalicules est complète, et le pronéphros laisse rarement des débris embryonnaires. Pendant qu'il s'atrophie, une autre formation, qui va se substituer à lui, se forme en arrière : le mésonéphros; de la future cavité péritonéale partent des tubes allant en série d'avant en arrière et s'implantant sur le canal de Wolff, comme les dents d'un peigne; peu à peu,

l'ouverture vers le cœlome s'oblitére; en même temps, chaque tube émet un diverticule creux allant à la rencontre d'une artériole venue de l'aorte; arrivés en contact, ils forment les glomérules du corps de Wolff. Cette formation n'a également qu'une existence temporaire et va être remplacée par le rein définitif : de la cinquième à la huitième semaine, chez l'homme, se détache de la partie postérieure cloacale du canal de Wolff un bourgeon creux qui remonte le long de la colonne vertébrale vers la future région rénale; arrivé là, il se divise, et, par le même procédé que dans le mésonéphros, donne naissance à des glomérules. Pour Félix, au contraire, les parties sécrétantes (corpuscules, tubes contournés et intermédiaires) se différencieraient entièrement dans le blastème rénal.

Quoi qu'il en soit, quand le rein est constitué, le corps de Wolff disparaît; mais il en persiste des restes qui représentent le vas aberrans de Haller et l'organe de Giraldès chez l'homme, chez la femme le paroophore.

De même, la partie génitale du corps de Wolff, appliquée sur le côté interne du rein secondaire évolue et le canal de Wolff, qui, chez l'homme, se transforme en canal déférent, disparaît chez la femme, sauf dans la portion qui donne le canal longitudinal de l'organe de Rosenmüller.

On voit donc que, contrairement au pronéphros, toutes ces formations laissent persister de nombreux restes embryonnaires.

Une autre formation, le canal de Müller, se développe dans la région. Son extrémité antérieure s'ouvre dans la cavité péritonéale; son extrémité postérieure dans le cloaque; il est situé sur la partie antéro-externe du canal de Wolff. Il disparaît chez l'homme, ne laissant que l'hydatide sessile de Morgagni, chez la femme il forme la trompe.

Tels sont les éléments épithéliaux qui sont susceptibles d'être à l'origine de kystes.

Quant aux éléments endothéliaux, ils pourraient provenir soit des lymphatiques, soit du revêtement endothélial du péritoine.

Bien qu'il y ait des exemples de kystes dus à l'oblitération et à la dilatation en amont d'un canal lymphatique (expérience de Schlomann sur l'uretère de lapin) et malgré l'hypothèse soutenue dans la thèse de Rambaud au sujet de l'origine péritonéale, ces théories pathogéniques ne s'appliquent pas à nos kystes puisqu'ils ont un revêtement épithélial à cellules hautes.

L'origine müllerienne ne semble pas non plus être en cause dans nos observations, concernant toutes des femmes chez lesquelles le canal de Müller est employé à la formation de la trompe.

D'ailleurs, la théorie la plus en faveur au sujet de l'origine des kystes rétropéritonéaux est la théorie wolffienne. Elle fut émise pour la première fois, à propos des tumeurs solides, par Przewoski et s'est actuellement étendue aux formations kystiques.

On demande comme preuve de l'origine wolffienne d'un kyste :

1° Que son épithélium soit constitué par une seule rangée de cellules hautes, cette hauteur pouvant être réduite par la pression du liquide;

2° Qu'il se développe dans la région où évolue le corps de Wolff;

3° Que son liquide renferme des traces d'urée, de chlorures, de phosphates, etc., à des taux non identiques à ceux de l'urine.

Il nous semble donc bien pouvoir affirmer que les kystes dont nous avons relevé les observations sont d'origine wolffienne. Mais nous croyons qu'une autre origine serait également possible, hydatique, endothéliale, par exemple; mais nous n'avons pas trouvé de faits semblables.

D'ailleurs, bien que nous puissions affirmer que ce sont des débris embryonnaires qui ont donné naissance à nos productions kystiques, les influences qui ont permis à ces éléments de reprendre une certaine activité restent toujours mystérieuses.

ETUDE CLINIQUE

Symptomatologie.

En général, les kystes juxta-coliques évoluent avec une symptomatologie tout à fait réduite.

Dans les observations III, IV, V, VI, VII et VIII, c'est presque uniquement l'augmentation de volume de l'abdomen qui attire l'attention des malades. Quelquefois, elle s'accompagne d'une sensation de gêne, de pesanteur (obs. VII), de distension (obs. IV).

Parfois (obs. I et II), des signes intestinaux se manifestent.

Dans l'observation du Professeur Bégouin, pendant quatre mois, la malade avait été soignée pour sa constipation.

Dans l'observation II, depuis deux ans la patiente présentait une constipation opiniâtre; peu à peu se surajoutèrent des crises de coliques avec débâcles diarrhéiques accompagnées de bruits intestinaux. Ces manifestations peuvent être importantes au point que l'intestin paraisse directement en cause et que l'on institue un traitement uniquement évacuateur, qui, naturellement, est inefficace, ou bien qu'on envisage la possibilité d'une tumeur maligne intestinale.

L'examen, cependant, s'il est fait soigneusement, permet de trouver la cause exacte de ces troubles.

Avant que le kyste n'ait atteint un trop grand développement pour le rendre appréciable à la vue, c'est la palpation qui décèlera, dans l'un des flancs, une tuméfaction indolore, lisse, régulière ou un peu bosselée. Si la paroi est dépressible, on mettra la fluctuation en évidence; quelquefois, ce

n'est qu'après l'anesthésie, au moment de l'intervention, que ce caractère sera décelé (obs. I).

La percussion pratiquée légèrement, avec beaucoup de soins, permettra de relever la matité au niveau de la tumeur. Suivant la position du côlon par rapport au kyste, on notera soit une sonorité qui divise en deux la matité, soit une bande sonore qui encadre en dehors ou en dedans la matité (obs. I, II, VI).

On se rendra compte également que le kyste n'est nullement déplacé par le changement de position de la patiente, que les mouvements que la main cherche à lui imprimer sont très réduits dans tous les sens, ou même n'existent pas du tout.

Le toucher vaginal montre qu'il n'y a aucune relation entre le kyste et l'appareil génital.

Il est inutile et même dangereux de pratiquer une ponction, comme ce fut fait dans l'observation Bassini.

L'exploration radiologique qui s'impose lorsque le kyste traduit sa présence par des signes intestinaux est intéressante même en dehors de ces cas, car elle permet de situer exactement la position du côlon par rapport au kyste. L'intestin ayant été évacué, on pratiquera l'examen à l'aide d'un lavement opaque ou après insufflation du côlon.

Si le kyste s'oppose au passage des matières, on se rendra compte aisément que l'obstacle est exo-intestinal en essayant de séparer la tumeur de l'intestin. Si cette manœuvre n'était pas possible, et s'il y avait un doute au sujet de la bénignité de la tumeur, la régularité des bords du défilé intestinal à son niveau, leur souplesse, permettraient de trancher la question. Une radiographie pourra mieux mettre en évidence l'intégrité des parois intestinales et fixera l'image aperçue sous l'écran.

Evolution.

Les kystes juxta-coliques n'ont aucune tendance à la régression spontanée.

Leur évolution, progressive et régulière, s'effectue cependant d'une manière assez lente.

Depuis le moment où leur présence se manifeste jusqu'au moment de l'intervention, les observations signalent des intervalles de deux, trois ou quatre ans.

Cependant la progression n'est pas la même dans tous les cas.

Dans l'observation I, le kyste met quatre ans pour atteindre le volume du poing, tandis qu'en deux ans celui de l'observation II a le volume d'une tête d'enfant, ou en quelques années (obs. VII) contient 10 litres de liquide.

Qu'ils augmentent vite ou lentement, ils n'altèrent jamais l'état général, même lorsqu'ils ont un développement considérable (tête d'enfant, obs. II; tête d'adulte, obs. IV, 10 litres, obs. VII).

Pronostic.

Il est très favorable. Les huit cas que nous avons rapportés se sont terminés par la guérison, bien que parfois l'exérèse ait été un peu difficile.

Aucune récurrence n'a été signalée.

DIAGNOSTIC

En présence d'une tumeur kystique de l'abdomen, est-il possible d'affirmer sa situation juxta-colique ?

Si l'on recherche soigneusement certains signes, il nous semble qu'on puisse en avoir la certitude.

L'*immobilité* presque absolue dans tous les sens de la tumeur, le croisement de la matité qu'elle détermine par une *bande sonore*, ou son encadrement par la *sonorité intestinale*, sont des éléments qui permettent de soupçonner fortement la position juxta-colique d'un kyste.

D'autres renseignements importants nous sont donnés par l'*exploration radiologique*. « C'est elle qui permet le plus souvent de faire le diagnostic. » (Lecène, rapport sur l'observation de Desplas.) Nous avons, en effet, déjà indiqué qu'après lavement opaque ou insufflation du côlon la situation juxta-colique pouvait être affirmée.

Cependant, les causes d'erreur sont nombreuses, et la rareté des kystes juxta-coliques n'est pas faite pour les éviter, bien au contraire.

Si le kyste paraît médian, il faudra éliminer :

a) Le kyste du mésentère, dont la mobilité s'oppose à la fixité du kyste juxta-colique;

b) Le kyste de la tête ou du corps du pancréas, qui en général est situé plus haut, et s'accompagne de troubles digestifs souvent marqués : diarrhée avec selles glaireuses, fréquemment, glycosurie;

c) Le kyste de l'ovaire à développement abdominal, plus mobile, en rapport avec l'appareil génital. De plus, il attire l'utérus et le plaque contre le pubis, tandis qu'un kyste

étranger à l'appareil génital le refoule en bas et en avant.

Si le kyste est à droite, on pourra penser à :

a) Une grosse vésicule, mais elle s'accompagne d'accidents hépatiques, d'ictère, de température, elle n'est pas en contact avec la paroi postérieure;

b) Un kyste hydatique du foie, mais la palpation, la percussion soigneuses, la radiographie, permettront de le situer.

Si le kyste est à gauche, on pourra le confondre avec :

a) Un kyste de la queue du pancréas, mais il s'accompagne des troubles digestifs déjà notés; de plus, l'insufflation de l'estomac et du gros intestin a pour résultat, d'après Minowski, de le déplacer;

b) Un kyste hydatique ou autre de la rate, mais il se déplacerait avec les mouvements respiratoires, on peut reconnaître le bord antérieur avec ses incisures, il n'y a pas de bande sonore entre lui et la paroi.

A droite comme à gauche, il faudra les différencier :

a) des tumeurs rénales;

b) et surtout de l'hydronéphrose. On peut être amené à étudier les modifications urinaires, à faire un cathétérisme urétéral, une pyélographie ascendante ou descendante. En cas d'hydronéphrose ouverte, la sonde urétérale vidant la poche, il n'y a pas de doute à avoir; mais lorsqu'il s'agit d'hydronéphrose fermée, le diagnostic peut être des plus délicats.

c) Les kystes périnéphrétiques peuvent être difficiles à éliminer; surtout qu'à partir d'un certain volume il est impossible de dire si c'est la situation juxta-rénale ou la situation juxta-colique qui est prépondérante.

Nombreuses sont donc les causes d'erreur. Mais, en général, c'est au kyste de l'ovaire que l'on s'arrête (obs. IV) ou à l'hydronéphrose (obs. III), ou même, le plus souvent, on ne précise pas.

TRAITEMENT

Il serait suranné, pour traiter ces kystes, de recourir à la ponction comme moyen thérapeutique.

De même, la marsupialisation ne serait qu'un pis aller si l'exérèse paraissait impossible. Dans toutes nos observations, elle fut possible, et c'est avec l'intention de la faire qu'il faut intervenir.

Quelle voie faut-il employer ?

Dans le cas où le diagnostic d'hydronéphrose avait été posé (obs. III), on est intervenu par voie lombaire. Il y eut des difficultés pour décoller l'intestin et le péritoine, ce dernier fut ouvert. Lorsque le diagnostic de kyste juxta-intestinal est posé, la voie postérieure ne semble pas indiquée.

Doit-on employer une laparotomie médiane ou latérale ?

Lapointe (obs. IV), croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire, avait fait une incision médiane. Mais devant les difficultés qu'il a eues, il croit qu'il aurait dû adjoindre une incision transversale à son incision primitive après avoir reconnu la position de la tumeur.

Il semble donc que l'incision latérale soit celle qui convienne le mieux. On cherchera à la faire le plus possible suivant l'axe de la tumeur, si elle est environ du volume du poing (obs. I). Si elle est plus volumineuse, on incisera longuement sur le bord externe du grand droit.

On voit donc, ne serait-ce qu'au sujet de la voie à employer, l'importance que présente le diagnostic de la position exacte du kyste.

Dans le cas où le kyste se développe sur le bord externe

dé l'intestin, il serait avantageux d'essayer d'atteindre le kyste par la voie parapéritonéale.

Dans les autres cas, le péritoine antérieur étant ouvert, comment doit-on se conduire vis-à-vis du péritoine postérieur ?

Même lorsque le kyste bombe sous le mésocolôn, il ne faut pas inciser à ce niveau. Le jour que l'on obtient n'est pas assez grand et les vaisseaux coliques constituent un trop grand danger. Lecène, présentant l'observation de Desplas, déconseille totalement cette manœuvre; Lapointe, qui l'a employée, l'a regretté.

L'extirpation est grandement facilitée par le décollement de l'intestin, comme dans les observations I et VI. On évite ainsi sûrement la blessure des vaisseaux coliques qui peut être grave, même lorsqu'il existe une artère en bordure du côlon.

On peut alors cliver le kyste et l'enlever intact, ou le décortiquer après l'avoir vidé par ponction.

La séparation est délicate lorsque le kyste adhère aux gros vaisseaux. Il faut aussi s'assurer de la position de l'uretère; on connaît, de plus, le danger qu'il y a à le dénuder de trop près.

En général, la décortication de la poche s'accompagne d'un saignement assez intense. L'hémostase doit être aussi parfaite que possible. Lorsqu'on n'a aucun doute à ce sujet, on peut refermer entièrement (obs. I). Sinon, il est prudent de placer un drain dans la cavité qu'a créée l'ablation du kyste. Pour ce faire, une contre-ouverture lombaire paraît particulièrement avantageuse; elle permet un drainage plus efficace et la fermeture du péritoine. Le drain, d'ailleurs, n'est destiné à rester en place que deux ou trois jours.

A moins de nécessité absolue, il ne faut pas faire de tamponnement. En laissant des mèches au contact de l'intestin dénudé, on risque, comme dans l'observation IV, de voir se produire une fistule stercorale toujours longue à se tarir et désagréable.

Les résultats, comme nous l'avons déjà indiqué dans le pronostic, sont excellents. Malgré quelques opérations difficiles (obs. II, III, IV et VI), tous les cas se sont terminés par la guérison. Il n'y eut qu'un seul incident, une fistule stercorale (obs. IV).

CONSIDERATIONS

L'étude que nous venons de faire des kystes juxta-coliques nous semble justifier pleinement le terme que nous leur appliquons. Leur situation anatomique (et l'intérêt chirurgical qui en découle) constitue, en effet, leur caractère essentiel. Les qualificatifs rétropéritonéaux, wolffiens, appliqués aux observations trouvées dans la littérature, ne rappellent que d'une manière insuffisante leur situation.

Ils sont bien rétropéritonéaux, mais le fait d'être juxta-coliques les différencie d'autres kystes rétropéritonéaux, comme les kystes inclus du ligament large dont on ne peut songer à les rapprocher.

L'épithète « wolffien » n'indique pas du tout leur situation anatomique et préjuge trop de leur nature; si l'origine wolffienne ne semble pas faire de doute pour certains d'entre eux, on conçoit cependant qu'un kyste hydatique, qu'un kyste dermoïde, qu'un kyste d'origine lymphatique ou péritonéale puissent se développer en présentant les mêmes rapports; et ceux-ci ont une plus grande importance au point de vue chirurgical que l'origine du kyste.

Le terme juxta-colique les différencie également de ces productions pouvant être kystiques, que Jayle a nommées « solénomes », et qui peuvent se rencontrer dans les parois mêmes de l'intestin.

Il permet également de les séparer des kystes paranéphrétiques étudiés par Thévenot au Congrès de chirurgie de 1919. On ne peut songer à les englober parmi ces derniers, bien que leur origine wolffienne soit souvent identique. A partir d'un certain volume, la distinction peut devenir subtile, cependant on devra toujours s'efforcer de la faire pour employer la voie d'abord la plus propice.

CONCLUSIONS

I. — Certains kystes rétropéritonéaux contractent des rapports intimes avec l'un des côlons, situation qui leur donne leur caractéristique essentielle.

II. — Les cas que nous avons recueillis concernent uniquement des femmes et sont d'origine wolffienne; mais des kystes de nature différente peuvent sans doute se rencontrer.

III. — Ils se développent sans occasionner de troubles ou ont une symptomatologie intestinale.

IV. — Le diagnostic peut en être fait d'après leurs rapports avec les côlons, l'absence de mobilité, l'examen radiologique. Mais les causes d'erreur sont nombreuses.

V. — L'exérèse doit être entreprise par voie latérale et après décollement du côlon.

VI. — L'intervention peut présenter des difficultés, mais la guérison est la règle; la récurrence n'a jamais été constatée.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

Le Président,
P. BEGOUIN.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 3 décembre 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

TRAVAUX CONSULTÉS

- ASHURST et MAC GUIRE. — *Journ. of Americ. med. Assoc.*, XXIV, n° 22.
- BASSINI. — Cité par Liebmann in *Centr. für Gyn.*, 1889, n° 36.
- BÉRARD et PATEL. — Congrès de chirurgie, 1915.
- BOREL. — Thèse de Bordeaux, 1908-1909.
- BOURSIER. — Congrès de chirurgie, 1907.
- CORNIOLEY. — *Lyon chirurgical*, sept.-oct. 1926, XIII, n° 5.
- DUBREUIL. — Traité d'embryologie.
- DESPLAS. — Société de chirurgie, 15 févr. 1922.
- DOWD. — *Ann. Surg. of Philadelphie*, 1915, LXI; 1921, LXXIII.
- EISENBERG-PAPERIN. — Thèse (Université) Paris, 1910, 1911.
- FRANK (E.). — *Wiener Klin. Wochenschr.*, 1894.
- GONIN. — Thèse de Montpellier, 1924.
- HADLEY. — *Surg. Gyn. an Obst.*, XXII, n° 2, 1916.
- HANDFIELD-JONES. — *The British Journ. of Surg.*, juill. 1924.
- HEURTAUX. — *Gaz. des Hôp.*, Paris, 20 août, 1889.
- JAYLE. — *Rev. franç. de gyn. et d'obs.*, mai et juin 1926; janv. et août 1927; mai 1928.
- *Ann. d'anat. pathol.*, oct. 1929.
- LAPORTE. — Société de chirurgie, 30 avril et 14 mai 1919, 1^{re} mars 1922.
- LOCKWOOD. — *Journ. of Anat. and Physiol.*, XXXIV.
- MARTIN (Pierre). — Thèse de Montpellier, 1919.
- MARTIN et CUISINIER. — Société de méd. du Nord, mai 1914.
- MAURY (J.). — *Surg. Gyn. and Obst.*, XXVI, n° 6.
- MÉNÉTRIÉR et AVEZOU. — *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, XVI, n° 4, avril 1914.
- NOEGELI. — *Beitr. z. Klin. Chir. Freiburg*, 1917, CX.

- PRZEWOSKI. — *Gazetta lekarska*, 1889.
PULLMANN. — *Arch. für Klin. Chir.*, 1909, XXXIX.
RAMBAUD. — Thèse de Toulouse, 1903-1904.
ROSENSTEIN. — Inaug. Diss. Königsberg, 1898.
SCHLOMANN. — Über paraureteralen Lymphcysten. Thèse de Königsberg, 1905.
TERRIER et LECÈNE. — *Rev. de chir.*, 1904.
THÉVENOT. — Congrès de chirurgie, 1919.
VANVERTS et PAUCOT. — *Ann. de gyn.*, févr. 1911.
VULLIET. — *Rev. méd. de la Suisse rom.*, XL, n° 10, oct. 1920.

